

339
Faculté de Médecine de Paris

ANNÉE 1899

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 10 Mai 1899, à 1 heure

PAR

Ch. CAMUS

Né à Luxembourg (Grand-Duché de Luxembourg), le 13 juillet 1865
Vétérinaire-militaire au 8^e escadron du train des équipages

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'ACTYNOMICOSE
DANS LA
Région Dijonnaise

Président : M. TERRIER, professeur.

Juges : MM. TILLAUX, professeur.

HUMBERT et LEGUEU, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

JOUVE & BOYER

Imprimeurs de la Faculté de Médecine

15, RUE RACINE, 15

1899

Faculté de Médecine de Paris

ANNÉE 1899

THÈSE

N°

339

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 10 Mai 1899, à 1 heure

PAR

Ch. CAMUS

Né à Luxembourg (Grand-Duché de Luxembourg), le 13 Juillet 1865
Vétérinaire-militaire au 8^e escadron du train des équipages

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'ACTYNOMICOSE
DANS LA
Région Dijonnaise

Président : M. TERRIER, professeur.

Juges : MM. TILLAUX, professeur.

HUMBERT et LEGUEU, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

JOUBE & BOYER

Imprimeurs de la Faculté de Médecine

15, RUE RACINE, 15

1899



UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. BROUARDEL.

PROFESSEURS :	MM.
Anatomie	FARABEUF
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutiques générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL
	DEBOVE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL
Histologie	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils	TERRIER
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	LANDOUZY
Hygiène	PROUST
Médecine légale	BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie ..	N...
Pathologie expérimentale et comparée	CHANTEMESSE
	POTAIN
Clinique médicale	JACCOUD
	HAYEM
	DIEULAFOY
Maladies de enfants	GRANCHER
Clinique de pathologie mentale et des mala-	
dies de l'encéphale	JOFFROY
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ..	FOURNIER
Clinique des maladies du système nerveux ..	RAYMOND
	BERGER
Clinique chirurgicale	DUPLAY
	LEDENTU
	TILLAUX
Clinique ophtalmologique	PANAS
Clinique des maladies des voies urinaires ..	GUYON
Clinique d'accouchement	BUDIN
	PINARD

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	DESGREZ	LEJARS	THIERY
ALBARRAND	DUPRÉ	LEPAGE	THIROLOY
ANDRÉ	FAURE	MARFAN	THOINOT
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VAQUEZ
BROCA Auguste	GILLES DE LA	MÉNÉTRIÉR	VARNIER
BROCA André	TOURETTE	MERY	WALLICH
CHARRIN	HARTMANN	ROGER	WALTER
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILLEAU	WIDAL
DELBET	LAUNOIS	TEISSIER	WURTZ
	LEGUEU		

Chef des Travaux anatomiques..... M. RIEFFEL

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mon Président de Thèse :

MONSIEUR LE PROFESSEUR TERRIER

Chirurgien des Hôpitaux
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur

INTRODUCTION

Après tous les travaux qui ont paru sur l'actynomicose, et surtout après la publication du livre de M. le Professeur Poncet, il semblerait téméraire de vouloir apporter des faits nouveaux à cette question si bien élucidée aujourd'hui. Notre intention, plus modeste, se bornera à prouver l'exactitude de la proposition du savant Professeur Lyonnais, à savoir que : l'actynomicose existe partout et qu'il suffit souvent d'y songer et de la chercher pour constater sa présence. Nos recherches ont porté sur trois observations recueillies sur l'espèce humaine et sur les bovidés sacrifiés à l'abattoir de Dijon. Dans les seules années de 96 à 98, nous avons pu constater l'existence de nombreux cas d'actynomicose contrôlés que nous rapportons dans notre thèse. Il est à présumer que des lésions attribuées soit à la syphilis soit à la tuberculose, auraient pu grossir le chiffre de nos observations humaines si des recherches avaient été faites antérieurement.

M. le Professeur Terrier a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la Présidence de notre thèse ; qu'il daigne agréer nos remerciements respectueux et l'hommage de notre reconnaissance.

C'est à M. le Docteur Broussolle, professeur de pathologie chirurgicale à l'Ecole de Médecine de Dijon, que nous devons l'idée de notre travail ; qu'il nous soit permis de lui témoigner toute notre reconnaissance pour les conseils qu'il a bien voulu nous donner et pour les éléments qu'il a fournis à notre sujet.

Nous prions M. le Docteur Cottin, chirurgien de l'hôpital et M. le Docteur Lagoutte, professeurs suppléants à l'Ecole de Médecine, de bien vouloir agréer nos remerciements les plus sincères pour l'obligeance qu'ils ont eue en nous communiquant les observations II et III.

Nous serions ingrat si nous ne témoignions nos meilleurs sentiments de reconnaissance envers M. le Docteur Deroye, directeur de l'Ecole de Médecine, M. le Docteur Morlot, médecin de l'hôpital, chef de clinique médicale, ainsi du reste qu'à tous nos Professeurs, pour l'enseignement éclairé et bienveillant qu'ils n'ont cessé de nous prodiguer durant cinq années consécutives.

Nous n'aurons garde d'oublier notre collègue et ami Carrau, inspecteur de l'abattoir de Dijon, auquel nous sommes redevable des observations relevées à .

l'abattoir durant les années 96, 97, 98. Qu'il nous soit permis de lui adresser nos sentiments affectueux et nos meilleurs remerciements pour l'obligeance qu'il a toujours eue pour nous.



HISTORIQUE

Depuis longtemps les vétérinaires ont observé et décrit sous des noms différents (ostéo-sarcome, sarcome du maxillaire, spina ventosa, farcin du bœuf, langue de bois) des tumeurs d'aspect particulier, rencontrées chez différentes espèces animales, mais surtout chez les bovidés et pouvant siéger dans les divers organes, avec une préférence marquée pour le maxillaire inférieur.

Leblanc, dès 1826, donne une description exacte de ces tumeurs qu'il nomme sarcomes.

Rivolta, en 1868, et Perroncito, en 1875, signalent la présence de batonnets et de cryptogames dans ces mêmes tumeurs.

En 1877, Bollinger y découvre la présence constante d'un parasite que Harz, en raison de sa forme rayonnée et de son origine, nomme « *Actynomicès Bovis* ».

L'affection dont la spécificité a été reconnue par Bollinger reçoit le nom d'Actynomicose.

A la suite de cette découverte, des observations de Langenbeck et de Leuret datant de 1857 et attribuées soit à la carie, soit à de la tuberculose, sont rapportées à l'actynomicose. Le premier cas humain est constaté par Israël en 1878. En 1880, John le premier réussit à donner l'actynomicose en introduisant à un bœuf des grains jaunes provenant d'un bœuf malade ; l'inoculation tentée de l'homme à l'animal ne réussit pas.

A partir de cette époque les travaux se multiplient. Il faut arriver toutefois jusqu'en 1884 pour que Monsieur le professeur Nocard signale le premier cas d'actynomicose en France. C'est également au savant professeur d'Alfort que revient l'honneur d'avoir recueilli et contrôlé le premier cas d'actynomicose humaine (1888) (1).

A la suite de cette communication, la maladie est signalée en France par les travaux de Darrier et Gauthier, de Doyen, les thèses de Cart, de Roussel, mais ce n'est qu'à partir de 1892 que les recherches méthodiques furent faites et que l'affection fut signalée de tous les points de la France.

L'étiologie, les symptômes, l'anatomie pathologique, le siège et le traitement de cette maladie sont l'objet de recherches nombreuses, de sorte qu'à l'heure actuelle, l'actynomicose commence à être bien

(1) Nocard et Lucet, Académie de Médecine,

connue dans ses localisations, tant chez l'homme que chez les animaux. Nous ne pouvons énumérer tous les auteurs qui se sont occupés de cette question ; qu'il nous suffise de citer quelques noms, renvoyant pour de plus amples informations à notre index bibliographique qui ne comporte d'ailleurs que les travaux qu'il nous a été possible d'approfondir. L'index bibliographique annexé au livre de Monsieur le professeur Poncet permettra au lecteur de satisfaire toutes ses recherches. Pour ce motif nous nous sommes abstenu de reproduire les noms des auteurs qui y sont cités.

A l'étranger, outre les auteurs déjà cités, mentionnons : Boström, Illich, Linden, Güder, Kanthack, Kaufmann, Fischel, Jurinka.

En France, citons les mémoires de Bricou, Julien, Firkett, Mathieu, Nocard, Chrétien, les thèses de Raingeard, de Monestié, de Becue, de Roussel de Cart ; citons enfin l'école lyonnaise avec les travaux de Arlaing, de Dor, de Berard, de Gangolphe, les thèses de Girou, de Besse, de Thollon, de Lelon, de Démias. Citons surtout les travaux publiés ou inspirés depuis 1892 par Monsieur le professeur Poncet, dont le livre, auquel nous avons fait de larges emprunts, résume et jette la plus vive lumière sur cette question, si obscure il y a encore quelques années. N'ayant en vue dans ce modeste travail qu'une des formes de l'actynomicose qu'il nous a été donné de constater à Dijon, nous laisserons les autres localisa-

tions de côté. Nous dirons quelques mots seulement du parasite, des modes d'infection, de l'anatomie pathologique des lésions, de la répartition géographique de l'affection, des symptômes et de la marche de l'affection, du diagnostic, du pronostic, de la prophylaxie et du traitement.

Le parasite. — L'actynomicose que l'on observe chez l'homme, les herbivores, les omnivores, et à titre exceptionnel chez le chien, les oiseaux (1), est due à la présence d'un champignon (l'actynomices bovis) dans les tissus. Elle est caractérisée par des lésions tenant à la fois de l'inflammation et du néoplasme. Chez les animaux, ce sont surtout les néoplasies que l'on observe soit dans les tissus et en première ligne dans le maxillaire inférieur, soit dans les parties molles, voisines du tube digestif ou dans les annexes (langue, pharynx). Les suppurations y sont plus rares que chez l'homme où les infections secondaires dominent. Cette différence d'évolution et l'aspect de parasite avaient amené certains auteurs à se demander si l'actynomicose humaine et animale reconnaissent le même agent.

L'identité du parasite n'est plus discutée en raison des inoculations positives et des faits authentiques de contagion de l'animal à l'homme.

(1) Chantemesse. Besançon, Bulletin de la Société anatomique, 1896, p. 329.

Les réactions des organismes seules diffèrent.

L'actynomices bovis est un champignon dont tous les caractères coïncident avec ceux du genre *streptothrix* ou plutôt du genre *oospora* dans lequel il faut intercaler les espèces constitutives de l'ancien genre *streptothrix* (1-2).

Nous ne le décrivons pas en détail, renvoyant pour cette étude à l'ouvrage de M. le professeur Poncet. Disons seulement que les divers éléments du parasite (mycelium, spores, massues), sont groupés en granulations dites « grains jaunes », dont le volume est celui d'une tête d'épingle environ et dont la teinte varie du gris perle au jaune brun. Chaque grain comporte deux zones : l'une centrale, formée par le mycelium, l'autre périphérique, formée par les massues disposées en couronnes autour du mycelium central. Ces massues sont des éléments volumineux ovoïdes ou piriformes, plus rarement mûriformes, produits de dégénérescence se présentant surtout dans les tissus malades. Avec elles seules, on peut affirmer le diagnostic de l'actynomycose, bien que Fischel Babès, Lavaditi, aient signalé des formations analogues dans les cultures de la tuberculose. Les spores sont distribuées sans ordre sur les deux zones. Le mycelium est le seul élément constant dans les grains en évolution.

Les grains jaunes, donnant l'impression de grains

(1) Bérard. Gazette des hôpitaux, février-mars 1896.

(2) Neumann. Traité des maladies parasitaires.

d'iodoforme finement pulvérisés, sont nombreux et faciles à reconnaître dans les collections mycosiques. Mais souvent aussi, leur coloration gris perle dans les foyers récents, ou noirâtres dans les foyers contenant des matières organiques, les font méconnaître. Lorsqu'ils ont conservé leur mollesse, il suffit pour les examiner au microscope de les écraser par une légère pression exercée sur la lamelle porte-objet et de se servir d'un milieu homogène autre que l'eau et la glycérine.

S'ils sont calcifiés, il faut les traiter par l'acide chlorhydrique pur, le parasite résistant à l'action des solutions alcalines et acides.

Tous les milieux usités en bactériologie sont bons pour le champignon, mais ce qu'il y a de remarquable au point de vue de l'étiologie, c'est la facilité avec laquelle les cultures fructifient sur les céréales légèrement humides (1).

Les inoculations faites avec les produits d'un sujet infecté ont donné de nombreux succès ; dans les résultats heureux, les lésions ont guéri trop spontanément pour que l'on ait pu contrôler leur étendue et même affirmer leur nature. D'où Liebmann avait déduit que le passage du parasite par les animaux perd de sa virulence et que pour lui rendre ses facultés végétatives et pathologiques, il fallait l'intermédiaire d'un végétal (2).

(1) Dor. et Poncet. Traité d'actynomycose, page 23.

(2) Bérard.

Anatomie Pathologique

Après avoir pénétré et s'être fixé dans les tissus, l'actynomices, sauf les cas latents, détermine la formation d'un nodule analogue au follicule de Köster dans la tuberculose. Cet actynomicome est produit par diapédèse des leucocytes et transformation sur place des éléments fixes. Autour du grain jaune, on trouve une couronne de cellules épithélioïdes dont les plus centrales subissent la fonte granuleuse, les autres sont troubles. Les couches les plus périphériques sont constituées de globules blancs normaux. Au contact du nodule, les tissus réagissent et opposent à l'invasion une barrière de cellules embryonnaires fusiformes qui complètent l'analogie entre l'actynomicome et le follicule de Köster. Cependant les vaisseaux réagissent peu et l'absence de péri et d'endartérite, coïncidant avec la tuméfaction trouble des cellules du nodule, distingue parfois assez nettement l'actynomicose de la syphilis et de la tuberculose, pour que le diagnostic histolo-

gique puisse être proposé, sinon affirmé, en l'absence de grains jaunes (1).

La marche du parasite se porte au hasard des résistances et, suivant un processus de forage, comparable au travail d'une taupinière. Les premières galeries creusées se referment en arrière de lui, au point qu'il est souvent impossible d'en retrouver la trace.

A mesure qu'il occupe de nouveaux tissus, il se produit des phénomènes congestifs qui aboutissent à la formation d'un œdème spécial, dont l'impression au doigt est intermédiaire entre la dureté des tumeurs et l'empâtement des inflammations (2).

Après un certain temps, variant avec la profondeur du foyer, l'acuité de la marche de l'affection, les téguments sont amincis, soulevés par des nodosités de coloration violacée ; ces nodosités, abandonnées à elles-mêmes, s'ulcèrent, donnant lieu à des fistules, peu nombreuses dans la forme chronique, sinueuses, débouchant au sommet d'une élevation ou au fond d'une dépression. Elles laissent écouler une sérosité louche, augmentant par la pression des nodules et contenant des grains jaunes et des fongosités molles et sanguinolentes. Parfois la sérosité est puru-

(1) Poncet et Bérard. Traité d'actynomicose humaine, page 61.

(2) Esmarch. XV^e Congrès de la société de chirurgie de Berlin, 1892.

lente et alors il y a lieu d'admettre des infections secondaires, l'actynomices ne produisant pas de pus (1). Cette idée n'est pas admise par tous les auteurs et Netter, Bostiönn, Bollinger, Cornil, Babès et Gangolphe, reconnaissent à l'actynomices un pouvoir pyogénique.

Avec l'apparition du pus, l'aspect de la lésion change : des fusées lointaines, des fistules multiples ne permettraient plus de reconnaître la lésion vraie, si l'on n'avait à travers les fistules l'issue des actynomices. Ces derniers peuvent d'ailleurs avoir disparu devant la production multiple des microbes de la suppuration (2).

Le parasite se fixe le plus volontiers dans le tissu cellulaire lâche. Dans les muscles il détermine d'abord une dégénérescence vitreuse inter-fasciculaire, puis la nécrose totale des fibres musculaires. Ces dernières sont réduites à un état de bouillie comparable à de la peau de chamois macérée (3).

Les vaisseaux sont morcelés peu à peu, sans endartérite, ni péri-artérite ; il en résulte des hémorrhagies par ulcérations vasculaires, la lumière des vaisseaux n'étant pas au préalable oblitérée.

Les lésions osseuses, contrairement à ce qui se passe chez les animaux, sont rarement primitives,

(1) Ullmann Moosbrügger.

(2) Rochet.

(3) Poncet.

elles sont même niées par Guérmonprez, Becue, Gangolphe.

Les lésions sont d'abord périostales, l'os n'est atteint que plus tard, quand il l'est. Le tissu osseux dans ces cas est percillé, excavé, il s'y produit une ostéite raréfiante et condensante de laquelle résultent des cavernes et des ostéophytes se produisant dans les cavités mêmes.

L'ostéite raréfiante serait pourtant le processus dominant ; l'ostéite productive serait le résultat d'infections secondaires (1).

A la suite de ces désordres, les dents deviennent tremblantes se déchaussent et tombent.

Dans quelques cas et chez les bovidés en particulier l'os est boursoufflé. Les parties centrales sont creusées de géodes remplies d'un tissu mou de granulation analogue à du sarcome. L'os tout entier acquiert un volume considérable et un aspect extérieur qui simule une tumeur maligne.

Il nous a été donné grâce à l'obligeance de Monsieur le Vétérinaire Inspecteur Carreau de l'abattoir de Dijon d'examiner de près plusieurs échantillons de mâchoires de bovidés atteints d'actynomicose. Tous nous ont présenté les lésions décrites en dernier lieu. Nous joignons à ce chapitre deux planches reproduisant des lésions observées chez un bœuf cha-

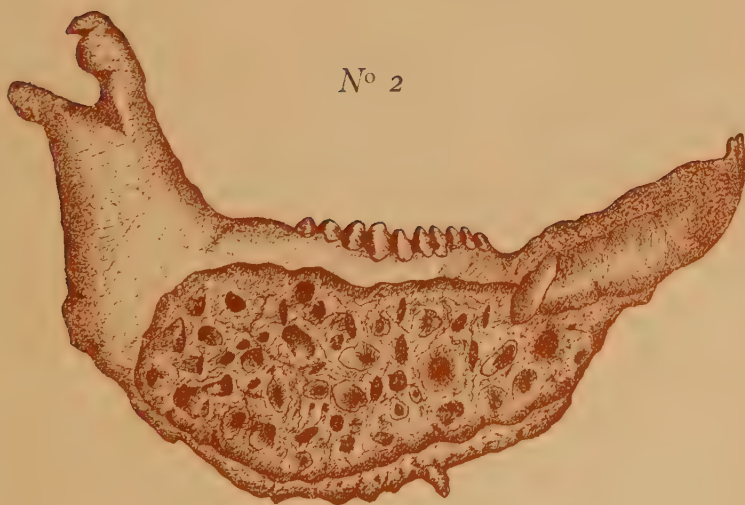
(1) Gangolphe.

N^o 1



Maxillaire inférieur gauche, vu par sa face externe. Le corps de l'os semble envahi par une tumeur sarcomateuse.

N^o 2



La table interne a été enlevée pour permettre de voir les modifications survenues dans le tissu spongieux.

rollais atteint d'actynomicose du maxillaire gauche.

La planche I représente le maxillaire gauche dépouillé de la peau seulement. Le corps de l'os est boursoufflé en masse, son volume est environ quatre fois celui de l'état normal. La muqueuse qui le recouvre est épaissie, fibreuse, lardacée, en certaines places elle présente des nodosités saillantes, en d'autres ces nodosités ramollies laissent apercevoir dans leur fond la présence d'un tissu d'apparence sarcomateux et renfermant des parasites.

La planche II représente le même maxillaire dont la table interne a été enlevée par une section verticale et parallèle au grand axe de l'os.

On aperçoit ainsi le tissu spongieux de l'os criblé de trous irréguliers, et transformé en un système de travées stalactiformes rappelant la structure d'un nid de guêpes. Ces alvéoles à l'état frais contenaient du tissu d'apparence sarcomateuse déjà signalé, ainsi que l'actynomices, et qui ont été chassés par un courant d'eau afin de mieux montrer les dégâts causés au tissu spongieux.

Lieux d'élection. — L'actynomicose cervico-faciale peut s'implanter dans bien des points de la face et du cou, mais c'est autour de la cavité buccale que les lésions se cantonnent le plus souvent, la bouche étant presque toujours la porte d'entrée. La région temporo-maxillaire, l'angle de la mâchoire sont encore des lieux d'élection fréquents.

Distribution Géographique

L'actynomicose n'est pas une affection particulière à certains pays, elle règne un peu partout, de préférence peut être dans les contrées humides et herbeuses, mais en définitive, on la rencontre en tous lieux. Si certaines contrées se sont montrées plus favorisées, c'est qu'on s'est donné la peine de rechercher et de constater la maladie, alors que dans les régions voisines, l'affection passait inaperçue ou n'était même pas soupçonnée. Ce fait ressort clairement de ce qui s'est produit dans les dix dernières années qui viennent de s'écouler. Avant 1890 l'affection n'est guère signalée en France qu'à titre d'exception, à partir de cette époque on s'est mis systématiquement à rechercher l'actynomicose et on l'a trouvée. C'est de cette façon que sa présence a été révélée à Paris, Lille, Nancy, Bordeaux, Toulouse par les différents travaux qui ont paru à ce sujet. Dans la seule région Lyonnaise, M. le Professeur Poncet parvient à en réunir 66 cas, contrôlés et diagnostiqués.

Nous avons durant trois années essayé de rechercher si la région Dijonnaise était indemne de la maladie, puisque jusqu'à ce jour elle n'avait pas encore été signalée. Grâce à l'obligeance de MM. les Docteurs Broussolle, Cottin, Lagoutte, professeurs à l'Ecole de médecine de Dijon, nous sommes parvenu à recueillir trois cas avérés de la maladie qui se sont produits dans les années 1897, 1898.

Il est à présumer que d'autres cas attribués à des lésions syphilitiques et ayant guéri par l'iodure de potassium, auraient pu grossir le nombre de nos observations, si à cette époque on avait songé à l'existence de l'actynomicose ou si on l'avait seulement soupçonnée.

Si l'espèce humaine a été peu prodigue, l'espèce animale a fourni un plus gros contingent de malades. Grâce à l'obligeance de Monsieur le vétérinaire inspecteur Carreau, il nous a été permis de relever les cas anciens, inscrits sur les registres de l'abattoir, et de constater nous-même les cas survenus en 1897 et en 1898.

Voici les résultats de nos recherches, portant sur les trois années 1896-97-98 :

En 1896, sur 5175 bœufs et vaches abattus, on trouve 18 cas d'actynomicose.

En 1897, sur 5890 bœufs et vaches abattus, on trouve 16 cas d'actynomicose,

En 1898, sur 6799 bœufs et vaches abattus, on trouve 23 cas d'actynomicose.

En tout, 57 cas, dont 2 se rapportant à l'espèce porcine sur un total de 17.866 animaux abattus et donnant une moyenne de 3,18 p. 1000.

Cette moyenne est sensiblement la même que celle de l'abattoir de Troyes, où Monsieur le vétérinaire Inspecteur Morot a fait des recherches depuis longtemps.

Les cas d'actynomicose, suivant la région qu'ils affectaient, étaient répartis de la façon suivante :

Actynomicose du maxillaire inférieur..	48
Actynomicose du maxillaire supérieur.	2
Langue	3
Actynomicose osseuse (sternum et côtes)	4

Au cours de nos recherches, deux remarques nous ont été suggérées qui ont leur valeur au point de vue de l'étiologie.

Les animaux abattus à Dijon appartiennent à deux races différentes, l'une la race Charollaise, nourrie aux pâturages, la deuxième la race Fribourgeoise, essentiellement laitière et nourrie en stabulation permanente.

Il nous a été permis d'établir que la proportion d'animaux malades pour la race charollaise est d'environ 2,80 pour mille, alors que la race fribour-

geoise fournissait des malades dans la proportion de 3 pour dix mille seulement.

L'alimentation essentiellement végétale viendrait donc justifier l'idée que l'on a du mode de la contagion par l'intermédiaire de végétaux.

Une deuxième remarque a été faite au sujet de l'année 1898. Durant cette année, la fièvre aphteuse a sévi avec une grande rigueur dans notre contrée ; c'est à sa présence que l'on doit sûrement l'augmentation dans la proportion de la maladie sur les autres années. Ainsi serait encore prouvée l'influence qu'exercent les plaies et les solutions de continuité de la muqueuse buccale sur la facilité plus grande avec laquelle le parasite peut alors pénétrer et se fixer dans l'organisme.



Etiologie

Les causes engendrant la maladie peuvent être classées en deux groupes : le premier renferme les causes adjuvantes ou prédisposantes. Le deuxième, plus important, les causes déterminantes. Examinons rapidement la valeur qu'il faut attribuer à chacune des causes appartenant au premier groupe.

Age. — En premier lieu vient l'âge. Il ne paraît pas avoir une action très marquée ; cependant, son influence se fait sentir. Boshöm a constaté chez les bovides que la maladie sévissait surtout au bout de la deuxième dentition. Le fait s'expliquerait en raison de la faible résistance de la muqueuse gingivale à cette époque, qui créerait ainsi de nombreuses portes d'entrée à l'actynomices. Des faits analogues sont signalés chez l'espèce humaine, vers l'âge de 14 à 15 ans. L'évolution de la dent de sagesse aurait encore permis de favoriser l'introduction du parasite.

Sexe. — En raison de ses occupations aux champs ou de son contact plus fréquent avec les animaux, l'homme est plus prédisposé que la femme à contracter la maladie.

Profession. — Il semblerait que certaines professions obligeant l'homme à entrer en contact avec

les animaux soient un facteur important. Les statistiques, comme nous le verrons au sujet du mode de la contagion par les animaux, sont loin de répondre à cette idée. Ce que l'on peut affirmer, c'est que les travaux des champs, les manipulations des fourrages, les moissons, jouent un rôle bien plus important et que presque tous, pour ne pas dire tous les sujets atteints, le doivent à l'intermédiaire d'un végétal.

Contusions, blessures. — Toute solution de continuité dans un tissu peut être la porte d'entrée pour le parasite. Cependant, il existe des lieux d'élection qui semblent plus favorables à la pénétration et au développement de l'actynomices. La bouche est par excellence la voie d'introduction en raison des éraillures, des blessures fréquentes qui se présentent sur sa muqueuse.

On a remarqué chez les animaux une recrudescence de l'actynomicose au moment des épidémies de fièvre aphteuse. La raison en est facile à saisir quand on songe que chaque ulcération peut être une voie de pénétration.

Dans l'espèce humaine, la plupart des cas d'actynomicose ont évolué chez des gens dont l'hygiène buccale laissait toujours à désirer.

On avait invoqué la carie dentaire comme favorisant l'entrée du champignon. Ce mode de pénétration paraît peu probable et, d'après M. le professeur

Poncet, la carie serait au contraire une barrière et nuirait au développement du parasite, qui n'a qu'une faible vitalité, vis-à-vis des autres microbes. Tout au plus, la carie jouerait-elle un rôle très secondaire, en déterminant un mauvais état des gencives et des solutions de continuité de ces dernières.

Les plaies, les blessures de la peau, peuvent servir à introduire le parasite. La médecine vétérinaire en rapporte quelques exemples. Il nous a été donné de voir, à l'abattoir de Dijon, un cas d'actynomicose survenu chez un porc à la suite d'une blessure dans la région dorso-lombaire. M. l'Inspecteur Carreau, de ce même abattoir, nous a communiqué un cas d'actynomicose survenu également chez un porc au niveau d'une fracture compliquée des côtes.

Après une ponction du rumen il s'est produit autour de la plaie opératoire, une foule d'abcès dont la nature actynomicrobique fut reconnue et contrôlée.

L'affection avait eu pour origine les débris végétaux, qui du rumen s'étaient répandus dans la plaie⁽¹⁾.

Chez l'homme, on rapporte plusieurs cas chez des moissonneurs qui s'étaient blessés aux mains.

Saisons. — Chez les animaux, la saison des regains paraît avoir une influence sur le développement de la maladie; les fourrages durs étant plus susceptibles de déterminer des érosions de la bouche

(1) Hamon et Lienaut. Recueil de Médecine vétérinaire, 1889, p. 198.

et par ce moyen pouvant faciliter l'entrée de l'actynomices. Chez l'homme, l'apparition de la maladie paraît coïncider avec les saisons des moissons, du fanage, du battage. La manipulation des végétaux a certainement une part active et favorise l'éclosion de la maladie.

Alimentation. — Le mode d'alimentation dans l'espèce humaine ne paraît pas devoir être mis en cause comme moyen de propagation de la maladie. Il n'a jamais été constaté de cas d'actynomicose, à la suite de l'ingestion des viandes d'animaux actynomicosiques. Les essais tentés pour inoculer la maladie par les voies digestives, au moyen de produits actynomicosiques, sont restés négatifs.

L'alimentation végétale a-t-elle une influence chez l'homme? Aucune recherche n'a été faite dans ce sens-là ou du moins n'a été signalée comme ayant une action particulière.

Chez les bovidés en revanche, on a pu constater et nous-même l'avons fait, que les animaux actynomicosiques sont surtout fournis par les bœufs élevés dans les pâturages naturels ou artificiels.

C'est ainsi que nous avons pu observer une proportion de 2,800/000 d'actynomicosiques sur la race Charollaise, vivant aux pâturages, alors que la race laitière Fribourgeoise vivant en stabulation permanente ne nous a fourni qu'une proportion de 3 pour 10,000 d'animaux malades.

Causes déterminantes

La contagion est la seule cause engendrant la maladie ; elle se produit de diverses façons, par l'intermédiaire soit des végétaux, soit des animaux.

Contagion par les végétaux. — Sans être absolument certaine, la contagion paraît devoir se produire la plupart du temps par l'intermédiaire des végétaux. Leur rôle est prépondérant et cela est facile à saisir si l'on songe que les spores de l'actynomices se conservent indéfiniment sur ce dernier ; de plus leur activité est bien plus considérable que celle des massues (formes dégénératives) fournies par les animaux. Si l'on s'en rapporte aux faits observés, la plupart du temps, on trouve comme agent de contagion soit dans les commémoratifs du malade, soit à l'autopsie de ceux qui ont succombé, la présence d'un végétal, corps du délit. Les malades vous diront qu'ils se sont piqués la langue, les gencives, les joues, soit

avec un brin de paille, un épi d'orge, voire même avec un morceau de bois ; que ces corps étrangers se sont fixés au voile du palais, au pharynx, etc., etc., et qu'à la suite de ces accidents, la maladie s'est déclarée. Du reste, dans certaines circonstances, il a été donné à des opérateurs de retirer soit des tumeurs, soit des trajets fistuleux, un grain d'orge, un épi ou un épillet d'avoine couverts d'actynomices. Les poussières des céréales et des divers végétaux auraient occasionné les cas d'actynomicose que l'on a observés dans les voies pulmonaires.

Si maintenant, on compare les cas d'actynomicose dûs à l'action végétale à ceux attribués aux animaux, on verra combien le rôle de ces derniers est secondaire comme moyen de contagion.

D'après les statistiques consultées on ne parvient qu'à réunir un nombre relativement faible de cas où la contagion animale peut être assurée. Sur les 66 cas d'actynomicose recueillis par Monsieur le professeur Poncet, de Lyon 3 seraient d'origine animale. Un cas est signalé dans la thèse de Tabouret, de Bordeaux (1) et dans celles de Guérmonprez et Becue. Enfin les auteurs étrangers, Maydl, OEchsler, Stelzner, Hackers, Lührs, Hartmann (2) sont parvenus à en réunir 10 cas environ. Moosbrügger (3) en Allemagne, sur

(1) Thèse Bordeaux, 1897, Tabouret, obs. II.

(2) Traité clinique d'actynomicose humaine, Poncet, Bérard.

(3) Recueil de médecine vétérinaire, 1892, Mars.

75 cas dépouillés par lui a trouvé 49 cas se rapportant à diverses personnes que leur profession n'obligeait pas à entrer en contact avec les animaux. Un seul cas paraissait pouvoir être attribué à la contagion animale.

Enfin on a cité un seul cas, où la transmission de l'homme à l'homme soit effectuée (1).

De toutes ces données, on peut conclure que les éléments principaux du mode de contagion sont fournis par les végétaux : les animaux sont des facteurs bien moins importants et ne viennent tout à fait qu'en deuxième ordre.

Symptômes et marche. — L'actynomicose cervico-faciale peut évoluer sous trois formes cliniques ; d'après la marche de l'affection, on distingue une forme aiguë, une forme subaiguë et une forme chronique. Ce sont les cas à marche subaiguë et siègeant à la joue, à la région temporo-maxillaire dont nous nous occuperons dans notre travail.

Douleur. — La douleur est un des premiers symptômes ; elle siège la plupart du temps au niveau des molaires. Quand on observe en même temps de la carie dentaire chez les malades, il est difficile d'attribuer la douleur à l'une ou l'autre de ces deux affec-

(1) Baracz, Wiener Presse médicale, 1889.

tions. Tantôt la souffrance est faible, quelquefois nulle ; le plus souvent elle est assez vive, avec des recrudescentes se produisant sous des influences extérieures (froid, humidité) ou bien avec la formation d'abcès. Les recrudescentes douloureuses sont généralement nocturnes et se produisent volontiers quand on essaie de vaincre la résistance de la contraction des mâchoires.

La violence des douleurs que l'on ne saurait expliquer en présence de certains phénomènes inflammatoires atténués serait pour Monsieur le professeur Poncet un signe de fortes présomptions en faveur de l'actynomicose. Ces douleurs seraient attribuées à l'infiltration du parasite dans les tissus. Notons que les douleurs ne sont pas continues et qu'elles peuvent même disparaître complètement pour un certain temps.

Trismus. — Un deuxième symptôme des plus importants est le trismus qui se produit surtout dans les cas d'actynomicose temporo-maxillaire ; il est souvent très précoce, persistant ; son intensité est variable, souvent très marqué, jusqu'à gêner l'alimentation, il est parfois très léger. Il ne va pas de pair, ni avec les lésions inflammatoires, ni avec la douleur. Le trismus est le résultat de l'irritation du masseter et du temporal par l'actynomices qui se développe d'abord au voisinage, puis dans le tissu pro-

pre de ces muscles. Aussi quand de par le siège du mal, les muscles constricteurs de la mâchoire ne sont pas irrités par le parasite, le trismus fait défaut.

Tuméfaction. — Comme troisième élément de diagnostic, vient la tuméfaction. Elle apparaît en des points variables de la tête et du cou, avec ou sans phénomènes prémonitoires. Au début elle simule souvent une fluxion dentaire, ce qui, joint à la douleur et la présence d'une carie dentaire, égare le diagnostic.

La tuméfaction apparaît généralement en quelques jours, parfois sans douleur, d'autres fois, comme un phénomène aigu avec chaleur, rougeur, douleur. Le gonflement est aplati sans limites tranchées, accompagné d'un œdème des parties voisines ; d'autrefois au contraire il est bien délimité. La tuméfaction est tantôt douloureuse, d'autres fois indolente, même à la pression.

La consistance de la tuméfaction présente de l'intérêt : souvent on constate une dureté ligneuse, spéciale, intermédiaire entre la mollesse et l'œdème inflammatoire et la dureté des néoplasmes solides, donnant au toucher une impression « de quelque chose non encore sentie » (Poncet).

Suivant la marche du mal, la tuméfaction présente aussi des variations de volume. Tantôt venue insidieusement, tantôt rapidement, sa progression est

variable, augmentant ou demeurant stationnaire dans les formes ligneuses surtout, rétrocedant au moment de l'ouverture spontanée ou chirurgicale des collections.

Quand des ouvertures doivent se produire, on voit des points fluctuants, la peau intacte jusqu'alors, devient violacée, amincie et l'abcès s'ouvre bientôt.

A côté de ces ouvertures, il se forme des ulcérations donnant issue, soit à de la sérosité, soit à des fongosités, soit à du pus si des infections secondaires se sont produites.

Les ulcérations produites ont peu de tendance à se cicatriser. Il se forme des trajets fistuleux peu profonds généralement et s'ouvrant sous les téguments cutanés. Le système osseux est peu touché, ou même indemne, le périoste seul est un peu épaissi. Les fistules permettent de trouver les grains jaunes ; ils peuvent manquer si la fistule donne du pus franc. Les fistules peuvent se fermer pour s'ouvrir à nouveau.

La peau, de coloration normale en certains points, tantôt rouge, tantôt violacée en d'autres ; perforée et adhérente en certains endroits, se présente sous des aspects très variables suivant la marche de la lésion.

Devant des lésions si disparates et si variables, il faut absolument la présence de l'actynomices pour affirmer la nature de l'affection.

Quand l'actynomicose siège à la région maxillaire la muqueuse buccale est ordinairement saine, mobile

les abcès faisant saillie et s'ouvrant toujours du côté de la peau.

L'adénite fait défaut et c'est encore un signe précieux ; quand il s'en présente, il faut l'attribuer aux affections secondaires.

Durée. — La durée de la maladie est variable. D'une façon générale, on peut dire que cette dernière, est en rapport avec la nature, l'étendue des lésions, leur ancienneté et leur résistance à une thérapeutique rationnelle ; avec la virulence spéciale du parasite qui dans certains cas imprime à l'affection une ténacité contre laquelle viennent échouer tous les moyens. Dans certains de ces cas, la maladie se prolonge d'une façon désespérante pour le malade et pour le médecin. Enfin il y aura lieu de tenir compte de l'adjonction des infections secondaires à l'état pathologique déjà existant.

Diagnostic. — Parmi les affections pouvant donner lieu à la confusion avec l'actynomicose il faut citer en première ligne la périostite alvéolo-dentaire, surtout au début quand la tumeur actynomicosique n'est pas ulcérée et ne permet pas la constatation des grains jaunes. Cependant, le trismus très prononcé dès le début de l'actynomicose, est très rare dans les affections dentaires.

Les douleurs très vives, par crises nocturnes sur-

tout, sont des caractères n'appartenant pas aux névralgies dentaires. La tuméfaction actynomicrosique est de consistance spéciale, dure, scléreuse, s'infiltrant sous l'arcade zygomatique ; les lésions osseuses sont rares ou tardives, ce qui n'est pas le cas pour la périostite alvéolo-dentaire.

Le diagnostic différentiel des accidents actynomicrosiques et ceux occasionnés par l'éruption de la dent de sagesse est délicat. Il en est de même pour la différenciation des tumeurs actynomicrosiques, des fibromes et des fibro-sarcomes. Dans ces cas, il faudra rechercher le grain jaune et sa découverte tranchera les difficultés (Bérard).

Cependant, dans les cas habituels, l'actynomicrosique a une évolution autre que celle du sarcome. Dans le premier cas, le processus est plus diffus, l'empatement plus considérable à distance. L'actynomicrosique envahit de proche en proche les tissus qui deviennent indurés ; des clapiers sous-cutanés se forment, la peau s'amincit rapidement et des fistules en résultent.

Dans le sarcome, la peau est ulcérée par surdistention, il n'y a pas de fistules, la vascularisation cutanée est prononcée.

L'ulcération actynomicrosique peut simuler encore l'épithéliome, mais, comme le fait remarquer le Docteur Bérard, la jeunesse des sujets, l'absence d'adénite, le peu de tendance envahissante des ulcérations, la cicatrisation ou leur état stationnaire, la conserva-

tion de l'état général, enfin l'emploi de l'iodure amenant une amélioration, permettraient d'éliminer l'existence de l'épithéliome.

Les lésions de la tuberculose ont des analogies avec celles de l'actynomicose ; cependant dans le 1^{er} cas, on trouve des traces de lésions antérieures : ganglionnaires ou osseuses, cicatrices caractéristiques, hyperostoses, etc.

Les nodosités mycosiques ne présentent pas à distance, comme les nodosités lupiques, un piqueté de tubercules cutanés, séparés des lésions principales par des intervalles parfois considérables de tissus sains. Les points ramollis reposent en général sur des plastrons résistants. Les ulcérations ont une disposition et des formes essentiellement variées, et quand elles débutent par les téguments, elles gagnent en profondeur, beaucoup plus vite qu'en périphérie (Leser).

Les abcès tuberculeux siègent le plus souvent dans les ganglions lymphatiques respectés par l'actynomicose ; ils sont de plus reconnaissables à leurs parois fongueuses déchiquetées, aspect que ne présentent pas les abcès actynomicosiques (Rochet). Les abcès tuberculeux du maxillaire inférieur conduisent généralement sur un os dénudé, avec séquestre, l'actynomicose ne produit que rarement ces désordres.

La confusion des lésions syphilitiques avec celles de l'actynomicose a dû être favorisée par l'efficacité

de l'iodure de potassium dans les deux cas et peut-être bien des cas d'actynomicose ont été pris pour de la syphilis.

Ici encore les commémoratifs, les lésions ganglionnaires ou osseuses aideront à faire le véritable diagnostic. Les gommes syphilitiques, plus circonscrites, moins indurées, et d'une grande indolence pourront aussi être distinguées des nodosités actynomicosiques.

L'ostéo-myélite du maxillaire détermine des lésions osseuses, l'actynomicose respecte le maxillaire.

Le diagnostic, comme on le voit, pourra être établi, mais il sera surtout confirmé par la découverte du grain jaune. Ici, encore une difficulté se présente, il ne faudra pas non plus prendre pour de l'actynomicose des éléments qui n'en sont pas.

La première erreur pourra être commise, en raison du volume et de la couleur variable du champignon. Il faudra donc faire un examen précoce de tous les éléments suspects, en portant surtout son attention sur les caillots fournis autour des fongosités et dûs à l'hémorrhagie presque constante lorsqu'on ouvre au bistouri les foyers en voie d'ulcération.

La deuxième erreur consiste à prendre pour des grains jaunes, des cristaux de cholestérine des fragments de fibres élastiques, des cristaux de leucine, des granulations contenues dans les suppurations de

cancers ulcérés, des tumeurs kystiques anciennes en voie de dégénérescence (Dor). Où la difficulté sera la plus grande, c'est lorsqu'on se trouvera en présence d'agents pathogènes appartenant au même groupe que l'actynomicose et déterminant les pseudo-actynomicoses dont les analogies cliniques sont des plus grandes avec l'actynomicose cervico-faciale à forme chronique. Nous renvoyons aux travaux de M. Dor qui a dressé un tableau permettant d'après l'examen des grains de distinguer l'actynomicose vraie de la « nouvelle mycose à grains jaunes » selon l'appellation à elle donnée par M. Dor.

De ces données, il résulte que toutes les fois que l'on trouvera un gonflement éveillant l'idée d'une association bizarre, de néoplasie et d'inflammation simple, gonflement qui donnera bientôt des abcès et des fistules, gonflement à siège spécial : angle inférieur de la mâchoire, région cervicale avoisinante, branche montante du maxillaire avec les modalités signalées, un trismus accentué, précoce, douloureux et persistant malgré l'intégrité pendant longtemps du moins du système osseux, l'absence d'engorgement ganglionnaire, enfin l'allure subaiguë ou chronique des accidents, il faudra soupçonner l'actynomicose et faire la recherche de l'actynomices dont la présence tranchera le diagnostic.

Pronostic. — Le pronostic est variable et dépend

de la forme clinique. Bénin dans la forme cervico-faciale à marche très lente et dont les lésions sont peu étendues, plus graves si les lésions sont d'ancienne date et ont résisté à une thérapeutique rationnelle, Il sera plus sombre suivant que les lésions auront des tendances à envahir des organes essentiels, tels que les méninges, le cerveau ou siégeant au voisinage de la base du crâne (maxillaire sup., rétro-pharynx). Il faut mettre en ligne de compte l'état général du sujet et enfin la virulence spéciale de l'agent infectieux. C'est à cette virulence spéciale que l'on doit attribuer les résultats si divers obtenus par le traitement avec l'iodure de potassium (Poncet). Le pronostic sera encore amélioré si le traitement a été employé dès le début ; d'où l'utilité de faire un diagnostic précoce. A cette époque les lésions sont peu étendues, les parties vitales importantes ne sont pas encore atteintes, en un mot la généralisation n'a pas eu le temps de s'opérer.

Prophylaxie. — L'inoculation, d'après ce que nous avons vu pouvant se produire par les muqueuses et la peau, il y aura lieu de prendre des précautions au sujet des écorchures, des blessures produites par des débris végétaux, ou par des ustensiles ayant pu servir soit à des hommes, soit à des animaux atteints d'actynomycose. Il conviendra de laver ces plaies au

sublimé, le plus efficace des antiseptiques courants contre le parasite (1).

Quant à la contagion par la voie buccale, de beaucoup la plus fréquente, on devra prendre les précautions suivantes : ne jamais porter à la bouche aucune graine, aucun brin d'herbe, aucune tige de céréales, aucun épi et surtout pratiquer une toilette soigneuse des dents et de la bouche.

Que convient-il de faire au point de vue de la destination des viandes de boucherie provenant d'animaux atteints d'actynomicose ? Se basant sur la résistance des spores à la chaleur et sur la difficulté de les détruire par la cuisson, M. le Professeur Arloing, par excès de prudence, avait conseillé la saisie et la destruction des bêtes actynomicosiques, M. Nocard et le plus grand nombre des vétérinaires ne sont pas de cet avis. Il n'y aurait lieu de détourner de la consommation que les tissus infectés, et, au besoin, une partie des organes avoisinants. C'est d'ailleurs ce qui se passe dans les services des abattoirs.

Il est bien entendu que si la maladie était généralisée, la saisie serait totale.

Du reste la contagion par l'ingestion des viandes provenant d'animaux actynomicosiques, n'a jamais été démontrée.

(1). Docteur Bérard.

Traitement. — Avant 1885, le traitement chirurgical était le seul usité dans les deux médecines.

L'extirpation de la tumeur chez les animaux, les incisions et le grattage dans l'espèce humaine, donnaient tantôt de bons résultats, tantôt restaient sans effet. Il faut arriver jusqu'à 1885 pour que Thomassen indique l'emploi de l'iodure de potassium. D'après ses observations qui ont porté essentiellement sur l'actynomicose lingual, il a obtenu environ 90 o/o de succès. Ces résultats ont été confirmés par les expériences des vétérinaires Américains par M. le Professeur Nocard et par les vétérinaires Français (1).

La forme analogue chez l'homme a également donné de grands succès. Toutefois, la forme maxillaire osseuse chez les bovidés a été plus rebelle; cependant on est encore arrivé à arrêter ainsi les progrès de la maladie et à la faire regresser. En combinant la médication iodurée à l'intervention chirurgicale, on est arrivé à une guérison des plus rapides (un mois six semaines) avec une moyenne d'environ 75 o/o de guérison.

En médecine humaine, l'action de l'iodure a été plus discutée. Employé dès 1891 par MM. Darrier et Gauthier, l'iodure de potassium fut définitivement introduit dans la thérapeutique humaine, par Van Itersen et Salzer en Hollande en 1892. Entre les

1) Recueil de Médecine vétérinaire, mars-avril 1892.]

maines de Dubreuilh, Netter, Ducor, Thierry, Delorme, Meunier, Gaube, Poncet, etc., il a donné des résultats excellents.

Dans les trois observations rapportées, la médication iodurée combinée avec le traitement chirurgical a donné un succès dans l'observation II. Le malade de l'observation I dont le diagnostic avait été fait trop tardivement a succombé à la tuberculose avant que l'emploi de la médication iodurée ait permis de constater des résultats. Le malade de l'observation III, après deux consultations au cours desquelles une ponction et un grattage avaient été faits, n'est plus revenue. Nous ne pouvons donner les résultats définitifs survenus chez ce sujet.

Des faits énumérés on peut dire que, sans reconnaître à l'iodure de potassium une action spécifique, son importance est grande ; qu'à lui seul, dans certaines formes il est capable d'entraîner la guérison : que dans les formes rebelles, employé concurremment avec le traitement chirurgical, il augmentera la proportion des succès.

Le traitement chirurgical consistant en incisions et grattages des foyers pathologiques a enregistré des succès incontestables. Mais il faut aussi tenir compte que la maladie peut guérir spontanément. Cette observation, dans le seul but de faire remarquer qu'il faudra toujours dès le début employer et cela le plus rapidement possible, la médication iodurée, que si

au bout d'un certain temps l'amélioration attendue ne s'est pas produite, il y aura lieu de faire intervenir le traitement chirurgical qui triomphera des cas traités tardivement ou de ceux dans lesquels le parasite semble doué d'une virulence toute spéciale. Les plaies résultant des traumatismes chirurgicaux ainsi produits seront pansées à plat et par le sublimé.

Nous ne ferons que mentionner le traitement par les injections de sublimé institué par les auteurs allemands. Les résultats ont été trop incertains pour permettre d'encourager ce mode de traitement.

Enfin le traitement par le sérum antistreptococcique essayé par Monsieur le professeur Nocard et qui aurait fourni un succès à cet auteur est trop récent pour qu'on puisse juger de sa valeur.

Les résultats fournis par l'emploi de la tuberculine de Koch sont restés négatifs.



OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Actynomicose cervico-faciale due à l'obligeance de
MM. les docteurs Broussolle et Lagoutte.

N. H., âgé de 17 ans, n'a jamais été malade sérieusement. Je l'ai vu seulement en 1889 à l'occasion d'une attaque d'influenza. Son père est d'une bonne santé, sa mère a un corps fibreux de l'utérus qui a grossi beaucoup les années suivantes et a nécessité l'hystérectomie abdominale (poids de la tumeur 4 k. 650 novembre 1898). Deux autres sœurs bien portantes.

Après les vacances de 1892, il rentre au lycée au mois d'octobre et environ 15 jours après la rentrée se plaint de douleurs de dents du côté droit de la mâchoire : il va à trois reprises consulter un dentiste qui ne trouve aucune lésion superficielle de carie, mais comme la dernière grosse molaire est plus spécialement douloureuse, l'avulsion est pratiquée : il n'y a aucune lésion au niveau des racines. Quatre jours après l'avulsion, un gonflement au niveau du maxil-

laire persiste, c'est alors que je suis appelé à le voir pour la première fois (novembre 1892). A cette date il existe une ostéo-périostite de la branche horizontale du maxillaire inférieur du côté droit. Il y a de la contracture des masseters ; l'exploration au niveau de l'alvéole dénote un gonflement qui se prolonge jusqu'au niveau de l'angle de la mâchoire ; les gencives sont tuméfiées, on ne perçoit pas de collection purulente.

Je suis d'avis que ces accidents peuvent être attribués au retard dans l'évolution de la dent de sagesse et je conseille de pratiquer l'anesthésie au chloroforme pour tenter l'ablation de la dent, Monsieur F. le dentiste du malade essaie de faire l'avulsion de la dent, mais le trismus persiste, si intense malgré l'anesthésie qu'il faut y renoncer.

Je me contente de pratiquer une incision au niveau du bord antérieur du masseter jusque contre l'os. Il s'écoule à peine quelques gouttes de pus, on ne sent pas de dénudation osseuse. Un drain est laissé dans l'incision. Les accidents inflammatoires attribués à l'ostéo-périostite du maxillaire persistent et prennent même de l'extension. Les régions du masseter, de la joue, du temporal, deviennent le siège d'un œdème considérable. Sur le désir des parents le malade est envoyé à Paris à la maison Dubois où il entre dans le service de M. Nélaton (Décembre 1892). Pendant le séjour, M. Nélaton pratique des débridements du phlegmon. Au mois de janvier 1893, les accidents inflammatoires ont beaucoup diminué, le trismus est moins intense, il persiste des fistules dans la région temporale au niveau de l'oreille et de la joue : cette

dernière persiste encore au mois de février, les autres sont fermées.

Au mois de mars 1893 quoique le trismus ait diminué, devant la persistance de la fistule que n'explique aucune lésion appréciable au stylet, je décide de procéder à une nouvelle tentative d'extraction de la dent de sagesse qui est faite cette fois avec succès par M. F. Cette dent complètement incluse dans l'alvéole y était couchée horizontalement. Après cette opération il y eut une accalmie d'environ trois semaines.

Au mois d'avril 1893, il se produit une nouvelle poussée phlegmoneuse au niveau de la région temporale avec œdème de la paupière inférieure et légère exophtalmie. Je suis obligé de pratiquer plusieurs incisions, l'une au niveau de l'os molaire, l'autre au niveau du rebord orbitaire, une troisième au niveau de la région temporale.

L'inflammation tendant à s'aggraver et devant la nécessité d'une intervention plus active, je conseille d'aller prendre à nouveau l'avis de M. Nélaton. Le malade entre pour la deuxième fois à la maison Dubois dans le service de M. Segond qui pratique alors un large débridement circulaire au niveau de la ligne courbe du temporal avec abaissement du pavillon de l'oreille. Les trajets fistuleux sont grattés et drainés largement. Pas de dénudation osseuse. Le malade reste 6 semaines à Paris. Jusqu'au mois de juillet l'état du malade s'améliore graduellement ; une petite fistule seule persiste au niveau de l'angle de la mâchoire.

Dans toutes ces incisions d'abcès, on trouvait peu

de pus eu égard au phénomène inflammatoire si intense. Du mois de juillet 1893 au mois de septembre 1894, il n'y eut pas de rechute sérieuse. Le malade put même partir un mois en Allemagne.

Au mois de novembre 1894 quelques accidents se développent du côté de la muqueuse buccale alors que la petite fistule cutanée était fermée depuis quelque temps. Rien à signaler jusqu'au mois de juillet 1895 où l'affection entre dans une phase nouvelle. Le 14 juillet 1895, par une chaleur très intense, le malade fait très rapidement à bicyclette une course d'environ 65 kilomètres ; il rentre très fatigué et atteint d'un coup de soleil à la nuque. Il se met au lit avec une céphalalgie intense et se plaint de violentes douleurs dans la région de la tempe et de l'articulation de la mâchoire. Le trismus qui avait diminué au point de permettre une alimentation normale, reparaît d'une façon tellement intense que le malade peut à peine prendre des liquides. Il n'y a d'ailleurs pas de gonflement dans la région temporale.

Les accidents paraissent se localiser autour de l'articulation elle-même. Je suppose qu'il existe une ostéite de la branche montante du maxillaire.

A cette date devant m'absenter, je prie mon ami le docteur Lagoutte de vouloir bien se charger du malade et de pratiquer l'intervention qu'il jugera nécessaire, lui signalant la possibilité d'un séquestre au niveau du condyle de la mâchoire.

J'emprunte à M. le docteur Lagoutte ce qui suit de l'observation du malade auquel il a donné depuis ses soins durant près d'une année.

Une troisième intervention est faite pour rechercher la cause de la suppuration persistante (séquestre nécrose) et aussi pour mobiliser la mâchoire. On incise le long du bord inférieur du maxillaire et on dénude la branche montante par sa face externe ; une portion du condyle est réséquée. On ne trouve au cours de l'opération ni séquestre, ni tissus osseux nécrosés. En revanche, on constate une prolifération du tissu fibreux qui est très vasculaire et qui entoure comme d'une gangue toute la région maxillaire. Le résultat de cette opération permet un certain écartement des mâchoires et l'alimentation. L'état général du malade est mauvais en raison de l'existence d'une tuberculose pulmonaire.

A la suite de l'opération les fistules persistent et devant ce mode d'évolution de l'affection : gonflement diffus, trismus serré, fistules intarissables, sans lésions osseuses et sans retentissement ganglionnaire, on songe à la possibilité de l'actynomicose. Un nouvel abcès superficiel s'étant formé dans la région temporale, on recueille le pus et on l'examine au microscope. On y constate la présence de l'actynomices.

Le malade est soumis au traitement ioduré : 4 à 8 grammes par jour avec 2 jours de repos par semaine. Pas d'amélioration.

En avril 1897 les douleurs céphaliques se renouvellent avec une telle intensité qu'on peut craindre des complications du côté des méninges. L'état général est mauvais. La tuberculose fait des progrès. L'examen des crachats décèle des bacilles de Koch mais pas d'actynomices. L'état local ne s'améliore

pas, le gonflement et les fistules persistent à la région temporale. On pratique une incision cruciale de cette région afin de gratter et de cautériser au thermo-cautère les trajets fistuleux. Drainage.

La tuberculose pulmonaire prend une allure rapide et le malade succombe le 12 juillet 1897.

OBSERVATION II

Actynomicose cervico-faciale. — Traitement local par l'incision et le curettage des foyers actynomicrobiques. — Traitement général tonique et ioduré. — Guérison se maintenant après vingt mois. — *M. le Docteur Cottin, chirurgien de l'hôpital de Dijon.*

Marie S..., 19 ans, fille de la campagne.

Père et mère bien portants. Antécédents personnels très satisfaisants.

Vient me trouver à la fin de mars 1897, pour une nodosité fistuleuse siégeant à la joue droite dans sa partie supérieure et au niveau du masseter.

Grande difficulté d'ouvrir la bouche. — Gonflement manifeste des régions massétérine et temporale droites.

Ce gonflement est dur et nulle part on ne constate la trace de fluctuation. Un stylet introduit par la fistule génienne traverse facilement un conduit oblique en bas et en avant et qui s'arrête au niveau

du rebord maxillaire sans rencontrer toutefois de partie osseuse dénudée.

On n'arrive qu'avec peine à écarter les mâchoires.

Toutefois un petit écartement permet de constater :

1° Absence de la première grosse molaire de droite ;

2° Altération de la deuxième grosse molaire voisine.

Cette constatation me fait admettre une affection d'origine dentaire et je rattache à cette affection la fistule génienne et la contracture des mâchoires.

En conséquence je prie M. F..., dentiste distingué de Dijon, de vouloir bien extraire la molaire incriminée et de faire un nettoyage rigoureux de la région avoisinante. Cette opération n'est suivie d'aucun résultat favorable. Après plusieurs jours, même contracture des mâchoires, même gonflement temporo-massétéрин, même suintement par la fistule.

Aussi 15 jours après devant la persistance de tous ces symptômes, je procède sous le chloroforme au curettage soigné de la fistule. Je pensai ramener quelque petit sequestre du maxillaire car à ce moment je tenai toujours pour une fistule d'origine dentaire. Mais je ne tombai sur aucune surface vraiment dénudée. Avec ma curette, je ramenai seulement beaucoup de fongosités, des parcelles purulentes avec quelques grains jaunâtres qui me donnèrent l'éveil sur la possibilité d'une toute autre affection que celle que j'avais admise tout d'abord. Les divers produits retirés par la curette furent soigneusement conservés et remis à mon collègue le docteur Dubard, très versé

dans les études bactériologiques, qui voulut bien se charger d'examiner ces produits. Or des examens répétés démontrèrent à notre confrère qu'il s'agissait d'une véritable actynomicose. Les produits renfermaient en effet des granulations types avec tous les caractères cliniques.

Nous avons donc affaire à une actynomicose cervico-faciale et dont l'étiologie nous fut bientôt démontrée par un interrogatoire plus soigné de la malade. En la pressant de questions précises nous apprîmes la particularité suivante et des plus intéressantes au point de vue de la genèse de sa maladie.

Au mois d'août de l'année précédente, la jeune fille en question en introduisant machinalement un épi d'orge dans sa bouche, s'était piquée avec une barbe de cet épi. La piqûre avait eu lieu au niveau de l'alvéole correspondant à la première molaire absente. Cette piqûre avait même été très douloureuse, la barbe de l'épi s'était implantée solidement dans la muqueuse correspondante. Son extraction complète avait été assez difficile et s'était accompagnée d'un léger suintement sanguin. La jeune fille n'avait attaché aucune importance à ce petit traumatisme et les accidents actuels ne s'étant manifestés qu'un certain temps après, elle avait complètement oublié de nous en parler lors de sa première visite. Mais on doit voir dans cette piqûre gingivale autre chose qu'une simple coïncidence. Il est absolument certain qu'un épi d'orge infecté a été la cause déterminante des accidents obscurs chez notre jeune malade. C'est même là une condition étiologique des plus nettes, absolu-

ment classique d'infection actynomycosique d'origine végétale.

Après la petite intervention pratiquée ainsi qu'il a été dit plus haut, la malade fut pansée régulièrement chaque jour. Compresses humides sur la région génienne, lavages fréquents de la bouche, iodure de potassium à l'intérieur à la dose progressive de 2 à 4 grammes par jour.

Ce traitement semble d'abord amener une certaine amélioration. Diminution du gonflement temporal, mais persistance du gonflement masséterin, persistance de la contraction des mâchoires. Bientôt même le gonflement augmente à la partie inférieure du masséter et envahit la région sous-maxillaire et même l'angle de la mâchoire. Je fis entrer la malade, soignée jusqu'alors dans une maison particulière, dans mon service de chirurgie à l'hôpital général de Dijon et le 13 juin trouvant de la fluctuation au niveau du gonflement masséterin et sous-angulo-maxillaire, j'ouvris largement sous le chloroforme cette collection assez importante d'où il sortit du pus renfermant quelques grains jaunâtres déjà signalés.

La cavité fut nettoyée à la curette, lavée à l'eau phéniquée forte, puis drainée. Pansement humide régulier, larges irrigations de la bouche.

Traitement général tonique et traitement particulier par l'iodure de potassium qui avait été délaissé par la malade. Amélioration très nette de la région masséterine et sous-angulo-maxillaire.

Mais après 3 semaines de cette deuxième intervention apparaissent des empâtements assez considérables au niveau du sterno-mastoïdien et en arrière

de l'angle maxillaire. Nouvelle collection purulente dans cette région, traitement analogue. Depuis cette 3^e intervention, juillet 1897, il ne se forme plus de nouveaux fongus. Le gonflement temporal masséterin et sous-maxillaire tend à diminuer progressivement. L'état général s'améliore sensiblement. La malade, qui avait beaucoup maigri, reprend des forces et de l'embonpoint.

Les fistules génienne et sous-maxillaire ne donnent plus de pus. La malade veut absolument quitter l'hôpital (15 août 1897). Elle conserve encore une fistule au niveau du bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien dans la région sous-maxillaire ; la difficulté d'ouvrir la bouche est encore très grande et il persiste une certaine asymétrie faciale due au gonflement des régions temporale et masséterine. Peu à peu ces symptômes diminuent et aujourd'hui on peut considérer la malade comme entièrement guérie. Je l'ai revue au commencement de ce mois (avril 1899), son état général est excellent, l'état local aussi parfait que possible ; on voit sur la face et dans les régions sous-maxillaire et sterno-mastoïdienne les cicatrices consécutives à l'ouverture des collections dont nous avons parlé dans le courant de cette observation. L'écartement des mâchoires, sans être aussi étendu que normalement, est devenu assez facile pour permettre une alimentation ordinaire.

OBSERVATION III

Actynomicose cutanée due à l'obligeance de M. le
Docteur Lagoutte.

Un jeune homme de 28 à 30 ans, garçon de ferme, se présente à la consultation pour qu'on lui ouvre un abcès siégeant à la région masséterine droite. Interrogé au sujet de la provenance de cet abcès, il ne peut donner aucun renseignement et ne sait à quelle cause rapporter l'existence de son mal. Toutefois il a eu à plusieurs reprises des abcès analogues et dans la même région qui se sont ouverts spontanément, et ayant déterminé des cicatrices encore très visibles actuellement. Ces abcès n'ont jamais déterminé ni de la douleur bien considérable, ni du trismus, le gonflement a été très modéré, il n'y a pas eu de retentissement ganglionnaire. L'abcès est ouvert et la nature du pus n'attire pas l'attention.

Pansement au sublimé et à l'iodoforme.

Cinq mois après le malade revient avec un nouvel abcès siégeant un peu au-dessus de la région masséterine, empiétant sur la région temporale. A l'incision de l'abcès, il s'écoule du pus contenant des grains jaunes caractéristiques de l'actynomicose.

L'abcès incisé est gratté, pansé au sublimé en même temps que le traitement ioduré est institué.

Le malade depuis cette époque n'est plus revenu et a été perdu de vue.

CONCLUSIONS

1° L'actynomicose est une affection fréquente dans nos pays.

2° La forme cervico-faciale à évolution subaiguë est celle que l'on rencontre surtout.

3° Les symptômes révélateurs du début sont la douleur, le trismus et le gonflement des régions massétérienne et temporale.

4° A la deuxième période surviennent des phénomènes phlegmoneux, sans retentissement ganglionnaire ; l'examen du pus révèle la présence de l'actynomicosé.

5° La période fistuleuse peut durer très longtemps si un traitement énergique n'intervient pas.

6° L'affection procède par poussées successives, ce qui constitue alors la forme chronique.

7° Le diagnostic n'est pas très difficile ; il suffit la plupart du temps d'y songer comme le prouve la fréquence des cas signalés durant ces trois dernières années.

8° Le traitement ioduré employé seul réussit assez souvent chez les animaux ; chez l'homme il doit être aidé par l'intervention chirurgicale (incisions, grattages, cautérisations).

9° Le sublimé paraît être le meilleur agent de pansement des plaies opératoires ainsi déterminées.

Vu : Le Président de la Thèse,
F. TERRIER.

Vu le Doyen,
P. BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.



INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Bécué. — De l'Actyn. Thèse de Paris, 1892.

Bérard L. — Lyon Médical, 27 janvier 1895, 24 février 1895, Lyon.

— Revue générale de l'actynom. particulièrement en France. Gazette des hôpitaux, février-mars 1896. — Valeur du traitement ioduré dans le traitement de l'actynomicose. « Congrès pour l'avancement des sciences. Saint-Etienne, 1897.

Bérard M.-G. — De l'iodure de potassium dans l'actynom. Thèse de Bordeaux, 1894.

Besse. — Actynomicose cervico-faciale. Thèse de Lyon, 1895.

Cadéac. — Pathologie interne des animaux domestiques, Tome I, 1896.

Cart. — Contributions à l'étude de l'actynomicose chez l'homme. Thèse inaugurale, Paris, 1890. Archives générales de Médecine, 1894.

Darrier et Gauthier. — Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie, 1891, n° 6.

Déléarde. — Thèse de Lille, 1896.

Camus

Démias. — Actynomicose animale en particulier dans la région lyonnaise. Thèse de Lyon, 1897.

Dubreuilhe et Freché. — 7 cas d'actynomicose dans le Sud-Ouest. Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Ducor. — Actynomicose limitée du maxillaire. Gazette des hôpitaux, 1896.

Duguet. — Comptes-rendus de l'Académie de Médecine, décembre 1895, juillet 1896. Presse médicale, 1897.

Firket. — Actynomicose de l'homme et de l'animal. Revue de Médecine, n° 6, 1884.

Chrétien. — De l'actynom. humaine. Semaine médicale, 12 janvier 1895.

Gaube. — Actynom. faciale guérie par l'iodure de potassium. Union médicale du Nord-Est, mars 1894.

Julien. — Revue de chirurgie, n° 10, octobre 1883.

Mauri. — Contribution à l'étude de l'actynom. Revue médicale de Toulouse, 1884, tome XXVIII, p. 617-629.

Monestié. — Actynom. cutanée. Thèse de Paris, 1895.

Moulé. — Prophylaxie de l'actynom. Congrès des Sociétés savantes, mai 1888.

Neumann. — Traité des maladies parasitaires.

Nocard. — Sur un cas d'actynom., le premier observé en France. Archives vétérinaires. Paris, 1884, tome IX, p. 241-245.

Nocard et Lucet. — Académie de médecine, 21 août 1888.

Nocard. — Traitement de l'actynom. par l'iodure de potassium. Recueil de médecine vétérinaire, 1893.

Poncet et Bérard. — Rapport au Congrès de St-Etienne, 1897.

id. — Traité clinique de l'actynomicrose, pseudo-actynomicrose, botryomicrose, 1898.

Raingeard. — Des manifestations cutanées de l'actynom. Thèse de Paris, 1896.

Rochet. — Actynom. humaine. Revue générale d'actynom. Gazette hebdomadaire, 1895.

Rochet et Martel. — Trois observations d'actyn. Gazette médicale, 1898.

Roussel. — De l'actynom. humaine en France. Thèse de Paris, 1891.

Tabouret. — Actynom. cutanée chez l'homme. Thèse de Bordeaux, 1893.

Thierry. — Un cas d'actynom. Société anatomique de Paris, 1896.

Thollon. — Actynom. néoplasique. Thèse de Lyon, 1896.

Vincent. — De l'actynom. cutanée. Thèse de Lyon, 1898.

